PIÉGÉ·ES DANS LE CHANGEMENT

Utiliser la théorie queer pour analyser la progression des théories psy et des interventions en matière de sexualité et de genre

Shaindl Diamond

Ce texte a été publié dans l'ouvrage
Routledge International Handbook of Critical Mental Health
édité par Bruce Cohen en septembre 2017,
sous le titre original: "*Trapped in Change, Using Queer Theory to Examine the Progress of Psy-Theories and Interventions with Sexuality and Gender*"

Le discours le plus répandu au sujet du statut des minorités sexuelles et de genre dans les disciplines psys (*psy-disciplines*) est fondé sur l'idée de progrès, ce qui est compréhensible. Des changements majeurs ont eu lieu au cours du siècle dernier en ce qui concerne la compréhension théorique et les interventions auprès des personnes queers et trans, ce qui a assurément amélioré la situation de beaucoup. Le présent article donne un aperçu de certains des changements qui se sont produits et examine les conceptions et le traitement actuels des personnes queers et trans. À l'aide d'une grille théorique queer, il tentera de sonder plus en profondeur ces progrès afin d'observer quels en ont été les effets sur l'autodétermination des personnes trans et queer et quel impact ils ont eu sur les binarités sous-jacentes qui, historiquement, ont mené à une compréhension hétéronormative de la sexualité et du genre. Il examinera l'impact de la psychiatrie et des disciplines connexes, qui sont devenues les gardiennes du parcours d'accompagnement pour de nombreuses personnes vivant en dehors des normes de genre dominantes, et se conclura par une réflexion sur les implications pour les praticien·nes qui travaillent avec des personnes queers et trans cherchant du soutien pour affronter des souffrances émotionnelles, souvent générées par le fait de vivre en dehors des normes de genre dominantes. L'analyse présentée dans cet article s'appuie sur les travaux importants d'activistes et d'universitaires féministes, queers, trans, fols, handicapé·es, antipsychiatriques et antiracistes qui ont également critiqué les discours dominants autour du progrès au sujet du complexe psy *(psy-complex)* (Burstow et LeFrançois 2014; Diamond 2014; Kirby 2014).

En guise de brève note terminologique, les termes queer et trans sont utilisés dans cet article pour désigner un large éventail d'identités, comprenant, entre autres, les identités lesbienne, gay, bisexuelle, pansexuelle, two-spirit, genderqueer, transgenre et agenre. Ces termes ne représentent pas de manière satisfaisante la diversité de toutes les personnes qui s'identifient autrement que comme hétérosexuelles ou cisgenres (c'est-à-dire les personnes qui s'identifient au sexe qui leur a été assigné à la naissance), mais ils sont utilisés ici en tant qu'expression abrégée pour faciliter une contribution sur le thème plus large des expériences et de la résistance contre les théories et pratiques sexistes, hétérosexistes, racistes, classistes, âgistes et validistes liées à la sexualité et au genre.

Les contestations des compréhensions hétéronormatives, transphobes et sexistes de la sexualité et du genre

L'évolution du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), de l'édition originale de 1952 au DSM-5 (2013), montre comment le changement de climat culturel et la pression des mouvements sociaux peuvent avoir un impact immense sur la façon dont l'institution médicale conceptualise la sexualité et le genre. Au cours des 60 dernières années, un changement décisif a eu lieu dans la façon dont les minorités sexuelles et de genre sont perçues dans le complexe psy. Depuis sa création, le DSM a inclus des catégories relatives aux expressions non dominantes de sexualité et de genre, à commencer par le diagnostic d'"homosexualité" en tant que trouble mental dans l'édition originale de 1952 (AAP 1952). La présence de ce diagnostic reflétait la vision alors dominante des relations homosexuelles et validait les théories déjà existantes sur la nature pathologique des attirances envers le même sexe ainsi que les thérapies réparatrices. L'adhésion de l'Association américaine de psychiatrie (AAP) à une vision pathologique de l'homosexualité, reprise par d'autres organisations professionnelles, permit le développement d'autres interventions thérapeutiques visant à modifier l'orientation sexuelle (Haldeman 1991, 2012). Les traitements de conversion comprenaient le conditionnement aversif (par électrochocs et médicaments provoquant des nausées lors de la présentation d'images érotiques du même sexe), la sensibilisation cachée (il était demandé aux gens de s'imaginer vomir ou recevoir des électrochocs pour diminuer leurs sentiments d'attirances envers le même sexe), l'éducation aux compétences sociales (les gens devaient apprendre des "comportements hétérosexuels" par la pratique de rôles de genre normatifs) et la thérapie psychanalytique (qui visait à résoudre les conflits inconscients de l'enfance qui étaient considérés comme responsables de l'homosexualité) (respectivement, Burke, 1996; Lev 2013; Haldeman 1991, 2012; Shelley 2008). Les dommages causés par ces diverses formes de thérapie de conversion sont bien documentés; des témoignages et des travaux de recherche ont démontré que la thérapie de conversion augmente les problèmes liés à l'estime de soi, la dépression, l'anxiété et le risque de suicide (Burke 1996; Haldeman 1991).

À mesure que les attitudes à l'égard des identités gay et lesbienne changeaient, les professionnel·les et les militant·es devinrent de plus en plus critiques vis-à-vis du DSM en raison de sa pathologisation de l'homosexualité et des dommages causés par les thérapies réparatrices. Face aux pressions politiques croissantes, l'AAP retira le diagnostic d'homosexualité du DSM-II (AAP 1968) en 1973 et publia en 1975 une résolution déclarant que "l'homosexualité en soi n'implique aucune atteinte du jugement, de la stabilité, de la fiabilité ou des capacités sociales ou professionnelles générales" (Conger 1975: 633). Bien que ces changements signifiaient que l'AAP et l'Association américaine de psychologie ne considéraient plus l'homosexualité comme intrinsèquement pathologique, le DSM-III (publié en 1980) incluait toujours le diagnostic d'"homosexualité egodystonique", terme utilisé pour décrire un trouble mental lié à la souffrance vécue par de nombreuses personnes queers par rapport à leur identité sexuelle. Le manuel précisait que le diagnostic ne s'appliquait qu'aux personnes ayant des sentiments homosexuels indésirés et que "la souffrance résultant d'un conflit entre une personne homosexuelle et la société ne devrait pas être classée de la sorte" (AAP 1980: 282). Cependant, étant donné que les personnes queers continuaient de vivre dans un contexte d'hétérosexisme et d'homophobie, et que les gens éprouvent généralement de la souffrance lorsqu'iels sont associé·es à une identité socialement méprisée, la catégorie diagnostique de l'homosexualité egodystonique continuait de pathologiser de nombreux vécus. Le DSM-IV (AAP 1994) incluait l' homosexualité egodystonique dans une catégorie résiduelle moins connue: la catégorie des "troubles sexuels non spécifiés" (TSNS). Parmi les trois critères possibles, cette catégorie comprenait la "souffrance persistante et marquée au sujet de l'orientation sexuelle" (AAP 1994: 538) pour tenir compte des expériences vraisemblablement liées à la détresse vécue par les personnes queers dans le contexte de l'homophobie et de l'hétérosexisme, continuant de pathologiser des réactions compréhensibles à l'oppression. Cette dernière catégorie de diagnostic ne fut pas incluse dans la plus récente édition du manuel, le DSM-5 (AAP 2013).

Les changements apportés au DSM au sujet ce qui relève ou non du pathologique dans la sexualité ont mené à une modification radicale des pratiques de référence dans les interventions psys auprès des personnes queers. Au cours des 20 dernières années, les principaux organismes médicaux et psy-

chologiques ont dénoncé la thérapie de conversion comme dangereuse, reconnaissant que ce traitement est basé sur l'exploitation de la culpabilité et de l'anxiété, risquant ainsi de nuire à l'estime de soi et rendant les individus plus vulnérables à la dépression et au suicide (Just the Facts Coalition 2008). Les organisations professionnelles des disciplines psys reconnaissent que les interventions qui visent à guérir les personnes ayant des orientations non hétérosexuelles sont fondées sur la notion que l'homosexualité est une maladie et constitue une menace importante pour la santé et le bien-être des minorités sexuelles (Just the Facts Coalition 2008). La position actuelle au sein des principales organisations professionnelles est que les orientations non hétérosexuelles sont des variations normales et naturelles de la sexualité humaine qu'il serait erroné de considérer comme pathologiques (Just the Facts Coalition 2008). Il est intéressant de noter que lorsque l'homosexualité fut retirée du DSM, les catégories diagnostiques relatives à l'identité sexuelle furent introduites pour la première fois (Lev 2013). Dans le DSM-III, deux diagnostics furent inclus pour la première fois: le "trouble de l'identité de genre de l'enfance" et le "transexualisme", un diagnostic réservé aux adolescent·es et aux adultes. Dans la version révisée du DSM-III (le DSM-III-R, AAP 1987), un diagnostic supplémentaire fut inclus: "trouble de l'identité sexuelle de l'adolescence et de l'âge adulte, de type non transexuel". Ce dernier diagnostic fut supprimé du DSM-IV (AAP 1994) et, à la place, les catégories adolescent·es/adultes et enfants furent regroupées en une nouvelle catégorie, appelée simplement "trouble de l'identité sexuelle", avec deux ensembles de critères distincts, un pour les enfants et un pour les adolescent·es et les adultes (Lev 2013). La thérapie de conversion devint un traitement de référence pour les enfants qui répondaient aux critères du trouble de l'identité sexuelle, visant à leur apprendre à se conformer aux rôles traditionnels de genre associés au sexe qui leur a été assigné à la naissance. Ce n'est que récemment, en 2016, que le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) a fermé la Gender Identity Clinic for Children *(Clinique de l'identité de genre pour enfant)*, un service de thérapie de conversion bien établi à Toronto, au Canada, qui fut dirigé par un psychologue qui fut pendant des décennies un leader des théories et du traitement des enfants au genre non conforme dans les disciplines psys (Ubelacker 2016).

Parmi les partisan·es de l'inclusion des diagnostics d'identité de genre se trouvaient celles et ceux qui pensaient que l'inclusion de troubles mentaux liés à l'identité de genre permettrait un meilleur accès aux traitements pour les personnes marginalisées, en particulier pour la transition, y compris l'accès aux hormones et à la chirurgie de changement de sexe (Lev 2013). De manière prévisible, l'accompagnement à la transition devint profondément imbriqué au système psychiatrique, et les critères d'admissibilité aux services exigèrent le plus souvent que la personne ait un diagnostic de trouble de l'identité de genre. En 1979, l'Association internationale Harry Benjamin pour la dysphorie de genre (rebaptisée par la suite World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (Association mondiale pour la santé transgenre)) introduisit un protocole professionnel pour travailler avec les personnes transgenres, intitulé Standards of Care *(Protocoles de soin)*, qui fut adopté comme ligne directrice inflexible par de nombreuses et nombreux professionnel·les travaillant avec des personnes trans.

Les protocoles de soin ont subi sept révisions depuis leur publication initiale, chaque édition reflétant la théorisation contemporaine des questions d'identité de genre au sein du complexe psy traditionnel. De plus en plus, au fil des ans, les membres des communautés trans reprochèrent aux protocoles de soin de contribuer à la pathologisation des personnes trans et de mettre les professionnel·les dans la position de gardien·nes jugeant qui pouvait accéder à des interventions de soutien à la transition (Kirby 2014; Namaste 2000). Par exemple, la sixième révision des protocoles de soin, publiée à l'époque du DSM-IV, exigeait une certaine dose de psychothérapie et/ou de vivre à temps plein dans le genre désiré avant de commencer une thérapie hormonale. Dans certaines juridictions, des professionnel·les de santé ou des cliniques spécifiques furent désignés comme seules options possibles pour les personnes trans cherchant un traitement pris en charge par la sécurité sociale (Kirby 2014; Namaste 2000). Cela donna lieu à un grand nombre d'entretiens réguliers avec des personnes très sévères dans leurs critères d'accès (Namaste 2000). En raison, notamment, des limites fixées par les organismes de financement, dans bien des cas, les personnes trans eurent (et ont toujours) peu d'options en termes de choix de professionnel·les à consulter pour une évaluation permettant le financement de la chirurgie (Kirby 2014; Namaste 2000).

Il semble que la trajectoire des diagnostics liés à l'identité de genre suit une trajectoire historique similaire à ceux étant liés à l'orientation sexuelle. Plus récemment, le DSM-5 a remplacé le trouble de l'identité de genre par le terme "dysphorie de genre", qui, à l'instar de l'homosexualité egodystonique, met l'accent sur les expériences de détresse et de dysphorie plutôt que sur la diversité de genre en soi. Le diagnostic s'applique lorsqu'il y a une inadéquation prononcée entre le genre exprimé ou vécu par la personne et le genre qui lui a été assigné à la naissance.

Le changement de nomenclature passant de trouble de l'identité de genre à dysphorie de genre tente de concilier le désir de dépathologiser les identités transgenres et la demande de fournir des ressources médicales et financières pour soutenir les personnes ayant besoin d'une transition. Les changements présentés dans la septième édition des protocoles de soin reflètent également les pressions exercées par la communauté pour dépathologiser les identités transgenres, offrir plus de choix en matière de soutien professionnel et de contrôle sur son propre corps. Le document indique clairement que "l'expression de caractéristiques de genre, y compris d'identités, qui ne sont pas associées de façon stéréotypée au sexe assigné à la naissance est un phénomène humain commun s'inscrivant dans la diversité culturelle [et] ne devrait pas être jugé comme pathologique ou négatif en soi" (*World Professional Association for Transgender Health* 2012: 4). Bien que la psychothérapie soit encore suggérée avant d'autoriser les hormones et la chirurgie, elle n'est plus obligatoire. L'accès est plus ouvert et il est admis que les soins peuvent être et sont déjà disponibles à l'intérieur de la communauté, de plus les exigences en matière de chirurgie ont changé afin que davantage de décisions puissent être prises sur la base du consentement éclairé plutôt que par des évaluations (à l'exception des chirurgies génitales). Bien qu'il existe des cliniques qui fonctionnent encore avec la mentalité de restriction d'accès correspondant aux protocoles de soin précédents, un changement positif vers un modèle de consentement éclairé a eu lieu – respectant le droit des personnes à prendre des décisions concernant leur vie et leur corps, tant qu'iels sont bien informé·es des risques et des conséquences liés à la transition (Kirby 2014).

Un autre diagnostic relatif à la diversité de genre est celui de "travestissement fétichiste" qui a également subi de nombreux changements de nomenclature et de critères dans les différentes éditions du DSM. Dans le DSM-IV, le diagnostic ne s'appliquait qu'aux hommes hétérosexuels qui, sur une période d'au moins six mois, avaient "des fantasmes récurrents, intenses et provoquant une excitation sexuelle, des pulsions sexuelles ou des comportements impliquant le travestissement", ce qui leur causait "une souffrance ou un handicap important sur le plan social, professionnel ou autre" (AAP 1994: 531). Ce diagnostic ne s'appliquait qu'aux hommes hétérosexuels, exemptant les femmes et les hommes queers même s'iels présentaient les mêmes "symptômes", révélant clairement les croyances sexistes et hétérosexuelles sous-jacentes à la construction de la catégorie. Dans le DSM-5, un nouveau diagnostic, le "trouble du transvestisme", vise à refléter la différence entre le comportement de travestissement non pathologique et le comportement de travestissement qui "cause de la détresse à la personne ou du tort aux autres" (Blanchard 2010). Le diagnostic peut s'appliquer à une personne de n'importe quelle orientation sexuelle, mais il continue de reposer sur l'idée que s'habiller d'une manière qui remet en question les rôles normatifs de genre est en soi un comportement néfaste. Cette ligne de pensée défend clairement une notion binaire et sexiste du genre et continue de pathologiser l'expression du genre de certaines personnes. Comme par le passé, cela revient à ignorer les symptômes naturels de souffrance découlant du rejet vécu lorsque l'on remet en question les rôles de genre profondément ancrés.

Pour une approche queer et ‘trans’formée de la sexualité et du genre dans les disciplines psys

La théorie queer offre une grille de lecture importante pour appréhender les concepts liés à la santé mentale ou à la maladie mentale et aux personnes queer et transgenres. La théorie queer problématise les discours naturalisés sur le sexe, le genre et la sexualité et examine la construction historique et culturelle de ces concepts, démontrant en dernier lieu comment fonctionnent les binarités telles que l'opposition entre "hétérosexualité normale" et "homosexualité déviante". Cette perspective théorique naquit au début des années 1990 dans les études féministes et les études lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT) et s'inspire des travaux de plusieurs théoricien·nes post-structurel·les, dont Jacques Derrida (1976, 1988, toutes les dates de publications indiquées entre parenthèses correspondant aux éditions en anglais), Michel Foucault (1966, 1975, 1978) et Judith Butler (1990, 1993). Dans le contexte de la compréhension de la sexualité et du genre, la théorie queer démontre l'importance du "pouvoir théorique de la différence", en remettant en question les présupposés du consensus social, en dévoilant les métanarrations et en déconstruisant des notions absolues, nous obligeant ainsi à briser des dualismes profondément ancrés comme bon/mauvais, hétéro/homo et homme/femme (Shelley 2008).

La théorie queer remet en question la nature et la fonction du langage lui-même. Derrida met en évidence que le langage est utilisé pour organiser le monde de manière stratégique afin de maintenir les relations hégémoniques. Il en résulte que les expériences non normatives sont soit exclues du langage, soit disponibles uniquement dans une description diffamatoire (Wilchins 2004). Selon Derrida, le langage fonctionne à travers un processus d'exclusion, enraciné dans des relations dualistes telles que bien/mal, naturel/artificiel, supérieur/inférieur ou normal/pathologique. Le sujet "normal" occupe toujours le centre, tandis que tous les autres sujets dévient de cet idéal et sont considéré·es dans une certaine mesure comme "inférieur·es" ou "contre nature". Le "normal" n'est jamais remis en question, tandis que ses sujets dérivé·es sont constamment soumis·es au jugement au fur et à mesure

du progrès vers de nouvelles connaissances. Ainsi, le langage ne permet pas de refléter fidèlement la pluralité de l'expérience humaine, il refuse de saisir les complexités du soi, du corps, du genre et du désir, en empêchant toutes nouvelles compréhensions qui proviendraient de sources remettant en question le cadre existant (Wilchins 2004).

Comme Derrida, Foucault s'attaque à la notion du soi en tant que transcendance et questionne la façon dont nos subjectivités agissent comme une forme de politique et de résistance. Dans *L'histoire de la sexualité* (1978), Foucault démontre comment les catégories identitaires sont créées et maintenues par le discours perpétué par diverses institutions culturelles, dont la médecine, l'État et l'Église. Cette histoire illustre comment la science de la sexualité modifia le discours sur l'homosexualité, passant d'actes perpétrés par des individus à l'homosexuel·le en tant que personne – une identité permanente qui définit qui on est. Selon Foucault, le discours agit comme un pouvoir qui produit des individus, car la culture et certains types d'agents sociaux régulent les comportements de façon à la fois interne et externe. Foucault examine l'histoire des prisons pour démontrer comment le contrôle par la peur de la punition a largement été remplacé par le contrôle par la peur d'être anormal·e. En d'autres termes, la peur d'être étiqueté·e comme mauvais·e, contre nature ou inférieur·e force les individus à se surveiller elleux-mêmes, même lorsqu'iels ne sont pas sous le regard direct de l'autorité. Foucault (1978) y voit la création de ce qu'il appelle des "corps dociles" ou l'adaptation des individus à travers un sens intériorisé des normes sociales et de la conscience de soi.

La théorie queer s'oriente vers une compréhension de la subjectivité genrée qui intègre les complexités et les instabilités du désir qui ne peuvent être saisies dans le cadre des binarités instituées. Elle résiste aux conceptions essentialisées des relations entre le sexe, le comportement sexuel, l'identité et le désir et bouleverse la stabilité de l'identité, y compris les identités gay et lesbienne. Au centre de cette compréhension se trouve le concept de Butler (1997) de performativité de genre, adapté des théories de Derrida (1982) et d'Austin (1962) sur les énoncés performatifs. Butler montre que même si les constructions de genre sont naturalisées et communément acceptées comme des vérités, il n'existe, de fait, aucun point de référence stable pour

définir ce qui constitue le genre véritable. Au lieu de cela, le genre évolue et change constamment. Alors même que les gens tentent d'atteindre les idéaux du genre normatif, c'est en fait leur performance de genre elle-même qui produit, reproduit et maintient les constructions du genre.

Alors que les travaux de la théorie queer se sont principalement consacrés à interroger le genre, le désir et la sexualité, certain·es théoricien·es queer, dont Anzaldua (1998), Smith (2010), McRuer (2006) et Nyong'o (2005), ont utilisé la théorie queer dans leurs recherches sur l'identité et les pratiques liées à la race, au handicap, à l'indigénéité et à d'autres lieux de pouvoir. Dans un article paru en 2014, LeFrançois et moi (2014: 39) avons présenté l'application possible de la théorie queer dans les études folles (mad studies) pour "aider à mieux comprendre comment le discours psychiatrique crée et perpétue la théorie et la pratique qui pathologise, punit et efface... la diversité humaine qui à terme menace l'ordre hégémonique". En explorant une compréhension plus large du "queer", nous avons examiné comment diverses identités et corps qui sont considérés comme "étrange" par les discours dominants perturbent les normes comportementales, que ces normes soient ou non directement liées à la sexualité ou au genre, et sont considérés comme pathologiques par le discours psychiatrique et la culture dominante.

Les arguments utilisés pour plaider en faveur du retrait de l'homosexualité et du trouble de l'identité de genre du DSM ont permis à certaines personnes queers d'entrer dans le domaine du normal et ont aussi rapproché certaines personnes trans de la norme, mais en dernier lieu n'ont pas permis d'ébranler les binarités sur lesquelles reposent les discours psys dominants. Ces binarités sont basées sur, et renforce, la dichotomie pathologique/normal. Les autorités professionnelles au sein des disciplines psys ont déclaré que l'homosexualité est une variation naturelle de la sexualité humaine et que les personnes transgenres ne sont plus considérées comme malades après avoir obtenu l'accès aux hormones, aux chirurgies et au changement de sexe, à condition que ces personnes ne répondent à aucun autre critère diagnostique de maladie mentale. En d'autres termes, ce qui est considéré comme "normal" et "pathologique" a changé, mais les constructions du "normal" et du "pathologique" elles-mêmes sont restées intactes. Dans le même temps, les personnes queers

et trans continuent de vivre dans des contextes où iels sont victimes d'homophobie, d'hétérosexisme, de racisme, de validisme, d'âgisme, de classisme, de sexisme et de colonisation. Iels ressentent de la souffrance liée à l'oppression vécue, et leurs réactions, leurs moyens de survie et leurs formes de résistance à l'oppression continuent d'être considérés comme pathologiques. Les militant·es se sont battu·es pour que les personnes queers et trans soient considérées comme des membres "normaux/normales" et respectables de la société; cependant, de nombreuses personnes queers et trans dont le comportement déroge aux attentes des normes comportementales continuent à être définies comme pathologiques selon les discours dominants. Par exemple, les jeunes queers qui sont expulsé·es de leur foyer familial, celleux qui tentent de subvenir à leurs besoins en tant que travailleurs et travailleuses du sexe et celleux qui survivent en utilisant des stratégies considérées comme déviantes (comme la consommation de drogues ou l'automutilation) demeurent marginalisé·es et susceptibles d'être étiqueté·es comme malades mental·es. Leurs comportements sont rarement reconnus comme des réactions face à la déshumanisation fondée sur les représentations dominantes de la pauvreté, du racisme, de l'homophobie, de l'âgisme, du validisme, de l'adultisme, de l'hétérosexisme et du sexisme. Le psychothérapeute et activiste trans Ambrose Kirby (2014: 163), le décrit avec éloquence et force dans une interview. Il déclare:

> alors que nos identités sont normalisées, notre résistance à la transphobie est de plus en plus séparée de nos identités et pathologisée. Au lieu d'être des personnes trans qui survivent de façon créative à la transphobie, nous sommes des personnes trans souffrant de troubles anxieux, de troubles colériques, de bipolarité, de schizophrénie. Nos identités de base sont de moins en moins considérées comme des "maladies mentales", mais nos stratégies de survie sont décontextualisées et individualisées en tant que "maladies mentales".

Comme le souligne Kirby, lorsque nous évitons de questionner la notion d'expérience humaine "pathologique", les personnes queers et trans – comme toutes les personnes opprimées – continueront d'être reléguées dans des catégories de maladies mentales, de manière encore plus insidieuse que

lorsque leur identité elle-même était classée comme maladie mentale.
Il est également important de noter que la pathologisation des diverses réactions des personnes queers et trans à l'oppression augmente la vulnérabilité à la marginalisation dans le système psy. Même si le discours dominant s'oriente vers le consentement éclairé et le pouvoir de faire des choix concernant son propre corps, les personnes queers et trans qui continuent d'être diagnostiquées malades mentales risquent toujours d'être déclarées trop malades pour prendre des décisions par elles-mêmes. Plus loin dans la même interview, Kirby (2014) donne deux exemples de la façon dont se produit ce blocage de l'accès à la transition à la clinique du genre pour adulte du CAMH:

> une personne rencontrait des problèmes d'anxiété et avait vraiment du mal à sortir de son domicile, et demandait à un membre de sa famille de faire la plupart des choses qu'iel devait faire à l'extérieur afin de ne pas avoir à sortir du domicile. C'est un exemple de personne qu'iels [les professionnel·les psys de la clinique] tenteraient d'empêcher de transitionner jusqu'à ce qu'iels aient maîtrisé cette supposée "anxiété".
> 2014: 164–5

> une personne suicidaire, cherche désespérément à transitionner, mais ne peut pas parce qu'iel dépend du CAMH, et que le CAMH dit: "Tant qu'il ne se sera pas écoulé un an sans que vous fassiez de tentative de suicide, nous n'envisagerons pas de vous laisser subir une chirurgie".
> 2014: 165

Les implications de ce que décrit Kirby sont sidérantes. L'anxiété découlant du fait de vivre en tant que personne trans n'ayant pas accès aux ressources nécessaires à la transition et la douleur profonde qui découle de cette situation ne sont pas prioritaires pour cette clinique du genre. Au lieu de cela, la détresse et le désespoir des gens sont traités comme un problème pathologique, sans rapport avec la question de la transition. Les professionnel·les psys exigent que ce problème soit pris en charge avant que la personne ne puisse prendre la décision de modifier son corps – un changement qui atténuerait certainement la douleur et pourrait même lui sauver la vie.

Conclusion

Une analyse théorique queer démontre que, tout comme il n'existe pas de point de référence stable pour définir ce qui constitue le genre véritable, il n'y a pas de véritable état de santé ou de maladie mentale. Cette affirmation est corroborée par l'observation de la nature fluide des diagnostics psychiatriques. Une personne socialement située dans un contexte culturel et historique agissant d'une certaine façon sera déclarée malade mentale, tandis qu'une autre personne agissant exactement de la même façon, mais située dans un contexte culturel et historique différent, ne sera pas diagnostiquée comme telle (LeFrançois et Diamond 2014). Il existe de nombreuses illustrations de la façon dont la maladie mentale est conceptualisée différemment selon les contextes culturels et historiques et appliquée différemment selon la situation sociale de l'individu (LeFrançois et Diamond 2014 ; Watters 2010). C'est par la déclaration d'une autorité inaugurale et la répétition subséquente d'affirmations que les notions de santé mentale et de maladie mentale se constituent en tant que "vérités", et que la remise en question de ces notions est reléguée à la marge (LeFrançois et Diamond 2014).

Tant que ces binarités ne seront pas remises en cause, les personnes les plus vulnérables verront leurs vies décontextualisées et seront soumises aux interprétations biologiques de leur détresse. En travaillant à la création de théories et de services queers et trans positifs, il est impératif que les professionnel·les critiques des disciplines psys soient conscient·es de la façon dont les différences dans l'expérience subjective et le fonctionnement corporel sont socialement construites comme des "maladies mentales", ou comme des choses "malsaines" ou "nécessitant d'être corrigées". Il ne s'agit pas de nier les souffrances bien réelles que vivent les gens – détresse émotionnelle, anxiété et douleur corporelle – mais de reconnaître comment les discours médicaux sont conçus pour soutenir les relations de pouvoir hégémoniques et définissent largement les théorisations psys de ces expériences. Choisir d'éliminer des catégories spécifiques de maladies mentales, tout en traitant les expériences émotionnelles et perceptives des mêmes personnes qui auraient été étiquetées dans ces catégories, sépare les personnes marginalisées les unes des autres et masque la façon dont les sys-

tèmes de pouvoir et de domination agissent sur nos psychés. La contextualisation de toute expérience humaine est une étape essentielle à la contestation de la pathologisation des personnes queers et trans.

Pourtant, la réalité actuelle est que, dans de nombreuses juridictions, les personnes trans dépendent d'un diagnostic de dysphorie de genre pour avoir accès au financement de la chirurgie. Les personnes queers et trans qui ont des difficultés financières en raison de leur position marginalisée ont souvent besoin de l'aide sociale. Beaucoup d'entre elleux rencontrent des difficultés dans l'organisation actuelle du monde qui ne leur permettent pas de trouver ou de conserver un emploi, et peuvent donc avoir besoin d'une allocation pour personnes handicapées. Dans ce cas, les personnes peuvent avoir besoin d'un diagnostic pour prouver qu'elles sont handicapées et qu'elles ont besoin d'un tel soutien, et sont donc contraintes de s'inscrire dans un système qui renforce leur statut marginalisé. De plus, certaines personnes peuvent avoir l'impression que le diagnostic valide les difficultés qu'elles ont traversées (Health Talk 2015). Cela est compréhensible étant donné l'absence de discours alternatifs au sein de la culture dominante permettant de comprendre les problèmes qui découlent du fait de vivre dans des contextes culturels et économiques qui ne répondent pas aux besoins humains fondamentaux.

Les professionnel·les de l'aide doivent avoir conscience de ces enjeux et aider les gens à accéder à tout le soutien matériel dont iels ont besoin, qu'il s'agisse d'aide financière, d'aide au logement, d'hormones ou de chirurgie. Cependant, un changement dans le diagnostic sans un changement dans les fondements biaisés de l'organisation des théories et des services psys ne nous conduit pas à améliorer l'aide aux personnes queers et trans. De fait, cela peut ralentir la progression vers une véritable inclusion de celles et ceux qui remettent en cause l'organisation dominante de la sexualité et du genre dans la société. Tant que les professionnel·les continueront à décontextualiser les expériences au sein de discours médicalisés, le débat qui domine au sein de la société décontextualisera aussi et restera incapable de comprendre les expériences et les difficultés affrontées par les personnes queers et trans. Les professionnel·les de l'aide ayant une perspective critique oc-

cupent une position difficile, naviguant parmi les contraintes très concrètes d'un système qui fait du mal aux gens tout en leur offrant des aides qui peuvent leur sauver la vie. C'est un défi de rester conscient·e des failles fondamentales d'un système qui perpétue l'oppression des personnes marginalisées et d'aider les gens à naviguer dans ce système pour obtenir les ressources dont iels ont besoin, tout en travaillant à l'émergence d'un meilleur système, plus holistique et inclusif qui ne pathologise pas les personnes queers et trans survivant avec créativité à l'oppression.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (1952) Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd edn). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (1975) 'Policy Statement on Discrimination Against Homosexuals', American Psychologist, 30(633): 620–51.

Anzaldua, G. (1998) 'To (o) Queer the Writer – Loca, Escritora Y Chicana', in Trujollo, C. (ed.), Living Chicana Theory. Berkeley, CA: Third Woman Press, pp. 263–76. Austin, J. (1962) How to do Things with Words: The William James Lectures Delivered at Harvard University in 1955. Oxford: Clarendon.

Blanchard, R. (2010) 'The DSM Diagnostic Criteria for Transvestic Fetishism', Archives of Sexual Behavior, 39: 304–16. Burke, P. (1996) Gender Shock: Exploding the Myths of Male and Female. New York: Doubleday.

Burstow, B. and LeFrançois, B. (2014) 'Impassioned Praxis: An Introduction to Theorizing Resistance to Psychiatry', in Burstow, B. LeFrançois, B. Diamond, S. (eds), Psychiatry Disrupted: Theorizing Resistance and Crafting the (R)evolution. Montreal: Mcgill-Queen's University Press, pp. 3–15.

Butler, J. (1990) Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. New York: Routledge.

Butler, J. (1993) Bodies That Matter: On the Discursive Limits of 'Sex'. New York: Routledge. Butler, J. (1997) Excitable Speech: A Politics of the Performative. London: Routledge.

Conger, J. J. (1975) 'Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the Year 1974: Minutes of the Annual Meeting of the Council of Representatives', American Psychologist,

30(6): 620–51.
Derrida, J. (1976) Of Grammatology. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
Derrida, J. (1982) Margins of Philosophy. Chicago: University of Chicago Press.
Derrida, J. (1988) Limited Inc.
Evanston, IL: Northwestern University Press. Diamond, S. (2014) 'Feminist Resistance against the Medicalization of Humanity: Integrating Knowledge about Psychiatric Oppression and Marginalized People', in Burstow, B. LeFrançois, B. Diamond, S. (eds), Psychiatry Disrupted: Theorizing Resistance and Crafting the (R)evolution. Montreal: Mcgill-Queen's University Press, pp. 194–207.
Foucault, M. (1966) The Order of Things. New York: Vintage. Foucault, M. (1975) Discipline and Punish: The Birth of the Prison. New York: Random House.
Foucault, M. (1978) The History of Sexuality. New York: Vintage.
Haldeman, D. (1991) 'Sexual Orientation Conversion Therapy for Gay Men and Lesbians: A Scientific Examination', in Gonsiorek, J. Weinrich, J. (eds), Homosexuality: Research Implications for Public Policy. Newbury Park, CA: Sage, pp. 149–60.
Haldeman, D. (2012) 'Sexual Orientation Conversion Therapy: Fact, Fiction and Fraud', in Dworkin, S. Pope, M. (eds), Casebook for Counseling Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Persons and Their Families. Alexandria, VA: American Counseling Association, pp. 297–306.
Health Talk. (2015) 'Mental Health: Ethnic Minority Experiences', healthtalk.org, http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/mental-health/mental-health-ethnic-minority-experiences/getting-diagnosis (retrieved on 1 October 2016).
Just the Facts Coalition. (2008) Just the Facts about Sexual Orientation and Youth: A Primer for Principals, Educators, and School Personnel. Washington, DC: American Psychological Association.
Kirby, A. (2014) 'Trans Jeopardy/Trans Resistance: Shaindl Diamond (S D) Interviews Ambrose Kirby (A K)', in Burstow, B. LeFrançois, B. Diamond, S. (eds), Psychiatry Disrupted: Theorizing Resistance and Crafting the (R)evolution. Montreal: Mcgill-Queen's University Press, pp. 163–76.
LeFrançois, B. and Diamond, S. (2014) 'Queering the Sociology of Diagnosis: Children and the Constituting of "Mentally Ill" Subjects', The Journal of Critical Anti-Oppressive Social Inquiry, 1(1): 39–61.
Lev, A. I. (2013) 'Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back', Clinical Social Work Journal, 41(3): 288–96.
McRuer, R. (2006) Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability. New York: New York University Press.
Namaste, V. (2000) Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People. Chicago: University of Chicago Press.
Nyong'o, T. (2005) 'Punk'd Theory', Social Text, 23(3/4 84/85): 19–34.
Shelley, C. A. (2008) Transpeople: Repudiation, Trauma, Healing. Toronto, ON: University of Toronto Press.
Smith, A. (2010) 'Queer Theory and Native Studies: The Heteronormativity of Settler Colonialism', GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies, 16(1–2): 41–68.
Ubelacker, S. (2016) 'CAMH Youth Gender Identity Clinic Closure Earns International Ire', Toronto Star, https://www.thestar.com/news/gta/2016/01/23/camh-youth-gender-identity-clinic-closure-earns-international-ire.html (retrieved on 7 December 2016).
Watters, E. (2010) Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche. New York: Free Press.
Wilchins, R. (2004) Queer Theory, Gender Theory: An Instant Primer. Los Angeles, CA: Alyson.
World Professional Association for Transgender Health. (2012) Available at http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351 (retrieved on 22 May 2017).

Extraits:

"Alors que nos identités sont normalisées, notre résistance à la transphobie est de plus en plus séparée de nos identités et pathologisée. Au lieu d'être des personnes trans qui survivent de façon créative à la transphobie, nous sommes des personnes trans souffrant de troubles anxieux, de troubles colériques, de bipolarité, de schizophrénie. Nos identités de base sont de moins en moins considérées comme des "maladies mentales", mais nos stratégies de survie sont décontextualisées et individualisées en tant que "maladies mentales"

"lorsque nous évitons de questionner la notion d'expérience humaine "pathologique", les personnes queers et trans – comme toutes les personnes opprimées – continueront d'être reléguées dans des catégories de maladies mentales, de manière encore plus insidieuse que lorsque leur identité elle-même était classée comme maladie mentale"

Ambrose Kirby